

実務経験証明書

令和8年6月25日

法人名 社会福祉法人みどり会

法人所在地 東京都三鷹市下連雀4-5-6

代表者氏名 理事長 中村 三郎

電話番号 0422-55-1234



下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	田中美咲 (生年月日 1993年 3月 9日)
現住所	〒1820022 東京都調布市国領町3-1-2
施設又は事業所名	みどり療育園
事業種別	該当する事業、施設に○をしてください。(該当がない場合はその他に記載) (1)障害児入所施設、乳児院、児童家庭支援センター、児童養護施設、障害者支援施設、児童自立支援施設 (2)認可保育園、幼保連携型認定保育園、地域型認定保育園、母子生活支援施設 (3)学校、幼稚園、幼稚園型認定保育園、事業所内保育事業、居宅訪問型保育事業、家庭的保育事業 (4)障害児通所支援事業、放課後児童健全育成事業 (5)小規模保育事業(定員名)、病児保育事業、地域子育て支援拠点事業、子育て援助活動支援事業 (6)障害福祉サービス事業(生活介護、共同生活援助、居宅介護、就労継続支援など) (7)老人福祉施設、老人居宅介護、老人通所介護、地域包括支援センター、更生施設 (8)障害児(者)相談支援事業、児童相談所、地域生活支援事業、障害者就業支援センター (9)特別支援学校、特別支援学級 (10)その他()
業務期間	2016-04-01 ~ 2023-03-31 実勤務日数(240日) 週平均5日
業務内容	児童指導員 常勤 ・非常勤 児童発達支援事業所において、障害児の発達支援、個別支援計画に基づく療育、保護者支援および関係機関との連携に従事。

- (注) 1. 業務期間欄
対象者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
実務経験証明書作成日までの期間または退職した日までの期間を記入してください。
2. 業務内容欄
指導員、生活指導員、看護師等の職名を記入し、業務について、「主に○○に対し△△などの直接支援業務(相談業務)」など具体的に記入してください。
3. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
4. 区市町村委託事業や区市町村補助事業等の公費支出事業での実務経験の場合は、⑩その他に事業名を記載し、業務期間中に公費支出されていることが確認できる資料も添付してください。(例:補助金支給決定通知書等)